.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE [1]

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta,
wydane dla potrzeb programu **„Aktywny Samorząd”-**
- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. **Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia(opis):**.....
   .....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
   .....
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić jedno - właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***)*:*

☐	Znaczna dysfunkcja obu kończyn górnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

....., dnia .....20.....r. .....

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_ i podpis lekarza

[1] **Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku**

[1] **Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku**